

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav Ošetrovatelství*



**Krečmerová Bohumila**

**Chybějící ošetrovatelská péče na odděleních chirurgického  
typu**

*Missed nursing care in surgical units*

*Bakalářská práce*

Praha, 2020

Autor práce: Bohumila Krečmerová

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Ošetrovatelství

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková 3.LF UK**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství**

Předpokládaný termín obhajoby:

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 28. května 2016

Bohumila Krečmerová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce – PhDr. Marii Zvoníčkové, která mi poskytla cenné rady, díky kterým jsem mohla bakalářskou práci dokončit. Také bych chtěla poděkovat těm, kteří mi byli po celou dobu vypracovávání oporou.

# Obsah

<b>OBSAH .....</b>	<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
<b>1. BIOMEDICÍNSKÝ MODEL PÉČE .....</b>	<b>8</b>
1.1. Cíle biomedicínského modelu péče.....	8
1.2. Charakteristické znaky modelu .....	8
1.3. Výhody a nevýhody biomedicínského modelu .....	9
<b>2. ORGANIZACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>10</b>
2.1. Činnosti ošetřujících pracovníků.....	10
2.2. Organizace práce na oddělení .....	10
2.2.1. Systém skupinové péče.....	11
2.2.2. Systém primárních sester.....	11
2.2.3. Funkční systém ošetrovatelské péče .....	12
<b>3. CHYBĚJÍCÍ PÉČE.....</b>	<b>13</b>
3.1. Definice chybějící péče .....	13
3.2. Prvky chybějící péče .....	13
3.2.1. Chůze s pacienty.....	13
3.2.2. Polohování pacientů.....	14
3.2.3. Podávání stravy nesoběstačným pacientům s nutností krmení.....	14
3.2.4. Plánování propuštění .....	14
3.2.5. Edukace pacientů .....	15
3.2.6. Poskytování hygienické péče .....	15
3.2.7. Psychická podpora pacientů.....	15
3.2.8. Dokumentace .....	16
3.2.9. Dohled na pacienty.....	16
<b>EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>17</b>
<b>4. METODIKA.....</b>	<b>17</b>
4.1. Cíl.....	17
4.2. Metoda.....	17

4.3.	Úprava dotazníku .....	17
4.4.	Sběr dat.....	18
<b>5.</b>	<b>ANALÝZA DAT .....</b>	<b>20</b>
5.1	Výsledky šetření .....	20
5.1.1	Údaje o respondentech.....	20
5.1.2	Prvky chybějící péče.....	22
	.....	28
5.1.3	Činnosti vykonávané v průběhu poslední směny .....	30
<b>6.</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>35</b>
<b>7.</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>39</b>
<b>8.</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>40</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>43</b>
1.	Seznam tabulek a grafů.....	43
	<i>Tabulky</i> .....	43
	<i>Grafy</i> .....	44

# Úvod

Pohledy na roli sestry se během staletí změnila, nároky na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče neustále stoupají a následovně i požadavky na úroveň vzdělání sester.

Shledáváme se s termínem „chybějící péče“, neboli *missed care*. Tento termín označuje množství ošetrovatelské péče, kterou sestra nemohla poskytnout.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapovat složky chybějící péče, které se na odděleních chirurgického typu vyskytují nejčastěji a zároveň nejčastější možné nežádoucí události, se kterými se sestry na oddělení potýkají. Dalším cílem je zjistit, které další činnosti sestry na odděleních vykonávají.

V první části teoretického oddílu se seznamujeme se základním modelem, aplikovaným na chirurgických odděleních – biomedicínským. Dalším diskutovaným tématem je organizace a kvalita poskytované péče. Poslední položkou této části jsou standardy ošetrovatelství.

Ve druhé části se popisuje klasické chirurgické oddělení a seznamuje se s konceptem chybějící péče.

Druhá část této práce empirická, ve které jsem vyhodnotila výsledky vybraných otázek z dotazníků, které vyplnily sestry pracující na chirurgických odděleních.

# Teoretická část

## 1. Biomedicínský model péče

Biomedicínský model péče je jeden ze základních modelů péče. Jedná se o tradiční model péče.

V tomto modelu je člověk vnímán jako živá bytost, skládající se z buněk, které tvoří tkáň, ze kterých jsou následovně tvořeny orgány, které vytváří soustavy. Zdraví se definuje jako nepřítomnost nemoci.

### *1.1. Cíle biomedicínského modelu péče*

Cílem tohoto modelu je dosažení homeostázy, úplné vyléčení, nebo kontrola nemoci či napravení způsobeného poškození. Tohoto cíle může být dosaženo diagnostikou příčiny vlivu, který narušuje homeostázu a následné léčení. V případě, kdy nejde nemoc vyléčit, cílem se stává zmírnění symptomů a odložení smrti.

Abychom mohli určit přesnou diagnózu a dosáhnout výše zmíněných cílů biomedicínského modelu, je zapotřebí znalostí anatomie, fyziologie, biochemie, farmakologie, patologie a mikrobiologie. (17)

### *1.2. Charakteristické znaky modelu*

Prvotní součástí tohoto modelu je rutina. V tomto modelu se od sestry očekává, že naprosto přesně dodrží ordinaci lékaře. Rutina vesměs znamená, že se postupuje podle stanovených standardů. Vznik rutinních činností má primárně za účel eliminovat potenciální chybu, která by mohla zabránit v dosažení cíle – uzdravení. (17)

Dochází ke kladení důrazu na péči o fyzické potřeby pacienta. Přidělují se zvýšené hodnoty viditelným aspektům péče, jako je čistota, splnění ordinace lékaře a čisté prostředí pacienta (ustlané postele, stolky...). Odborné činnosti, jako jsou například odběry intravenózní krve, jsou upřednostňovány nad schopnostmi komunikace s pacientem. Sestry si tak udržují odstup od pacienta a mohou svojí pozornost plně věnovat ošetrovatelskému procesu, a rutinně. (17)

Velice často se u tohoto modelu shledáváme s depersonalizací pacientů. Jsou bráni spíše jako diagnózy, nežli jako např. paní Nováková. Vyskytuje se zde paternalistický přístup, při němž pacient je pasivním příjemcem ošetrovatelské péče. (17)



Ke splnění cílů je třeba dbát na to „mít hotovo“. Jedná se o stav, kdy je nejvíce oceněna schopnost sestry splnit všechny určené výkony, které měla za den udělat, před předáním směny. Opět se shledáváme s problémem, kdy nezbývá čas na individuální potřeby pacientů.

Všechny činnosti jsou založeny na společném cíli – dosažení úplného uzdravení nemocného. Smrt, nebo neúspěch léčebného procesu je vnímáno jako selhání, které jako takové častokrát vede k nespokojenosti ošetřovatelského personálu.

Tento model je též spjat s pojmem „care vs cure“ – pečovat vs léčba. V biomedicínském modelu je léčba nejvyšším cílem. Komplikace tohoto přístupu jsou patrné u pacientů, u kterých léčba již není možná.

### ***1.3. Výhody a nevýhody biomedicínského modelu***

Přestože se shledáváme s různými pohledy na ošetřovatelství, má tento model jisté výhody:

- a. Hlavním cílem je uzdravení pacienta a tento model dává zcela jasný směr, jakým se zabírat.
- b. Znalosti jsou založeny na vědeckém výzkumu a jsou objektivní.
- c. Vzhledem k tomu, ohniskem tohoto modelu je nemoc, lékař se stává tím, kdo by měl být zodpovědný za kontrolování poskytované péče.
- d. V průběhu let byla prokázána účinnost a důležitost tohoto modelu, a proto se jedná o neo-  
hrožující a pochopený styl péče, kterému rozumí jak pacienti, tak zdravotnickí pracovníci.
- e. Tento model se přímo zabývá jen fyzickým stavem pacienta, a proto méně objektivní psychosociální oblasti mohou být ignorovány. (17)

Shledáváme se u tohoto modelu též s řadou nevýhod, jako například:

1. Biomedicínský model vede k depersonalizaci. Personál přemýšlí o pacientech spíše jako o diagnózách, než jako o osobách.
2. Klade se důraz na nové technologie a ztrácí se lidský faktor péče.
3. Veškeré informace a rozhodování je v rukou lékařů, v menší míře i ostatních zdravotnických profesionálů. Pacienti by však mají právo mít informace o jejich vlastním zdraví a mít nějaký vliv na rozhodnutí o léčebném procesu. Díky zákonu o zdravotních službách se situace v oblasti informování pacientů však amění.

## **2. Organizace ošetrovatelské péče**

Na každém oddělení pečuje o nemocné skupina lidí, kterou označujeme jako zdravotnický tým. Ten se skládá z pracovníků různých zaměření – lékařů, sester, fyzioterapeutů, nutričních terapeutů, apod. Součástí zdravotnického týmu je ošetrovatelský tým, který poskytuje ošetrovatelskou péči. Ten je tvořen sestrami s různým stupněm kvalifikace, ošetrovatelkami a sanitářkami. Celý tým má za cíl v co nejkratší době docílit uzdravení, udržení či zlepšení soběstačnosti pacienta, nebo zmírnit jeho potíže u nevléčitelných onemocnění. (4)

### ***2.1. Činnosti ošetřujících pracovníků***

K dosažení poskytování co nejlepší a kvalitní ošetrovatelské péče je nutná dobrá organizace činností v rámci ošetrovatelského týmu, jakožto nejpočetnější složce zdravotnického týmu. Při ošetrování nemocných provádějí sestry činnosti, které lze rozdělit do následujících skupin: základní ošetrovatelská péče, diagnosticko-terapeutická činnost, administrativní práce a přípravné a dokončovací práce. (6)

Do skupiny základní ošetrovatelské péče spadají všechny činnosti zaměřené na uspokojování základních potřeb člověka, které si nemocný není již schopen zajistit sám, nebo jsou pozměněny onemocněním.

Diagnosticko-terapeutická činnost zahrnuje všechny činnosti týkající se sledování a léčení nemocného. Zahrnuje přípravu a provedení různých vyšetření a následovné pozorování pacienta a jeho ošetření.

Dalším z povinností sester je vedení příslušné ošetrovatelské dokumentace, vyplňování žádank na vyšetření, výkazy pro zdravotní pojišťovny apod. Jedná se o nutné administrativní práce, které by však neměly bránit v péči o nemocné. (6)

Přípravné a dokončovací práce jsou tvořeny všemi činnostmi, které slouží k přípravě ošetrovatelských, léčebných a diagnostických výkonů. Do této skupiny spadá i starost o doplňování pomůcek, materiálu, léků atd. (6)

### ***2.2. Organizace práce na oddělení***

Pro správné fungování ošetrovatelské jednotky je třeba aby byla práce řádně zorganizovaná. Každý člen ošetrovatelského týmu má určité kompetence.

Nejčastějšími organizačními systémy ošetrovatelského týmu jsou systém skupinové péče, systém primárních sester a systém funkční. (5)

### ***2.2.1. Systém skupinové péče***

Tento systém je založen na zvýšené odpovědnosti sestry za danou skupinu nemocných. Každá sestra si ten den převezme skupinu pacientů, u kterých po celou svou směnu zajišťuje ošetrovatelskou péči a dohlíží na plnění léčebného programu. Všeobecné sestry vypracovávají ošetrovatelský plán a s ostatními členy ošetrovatelského týmu zajišťuje realizaci plánu (vlastní ošetřování). Stejná skupina sester se stará o nemocné své skupiny od přijetí až do propuštění, pokud je možné. Je nutná úzká spolupráce s lékaři, kteří pečují o stejnou skupinu nemocných. (4)

Tento systém má výhodu v tom, že ošetrovatelský personál má šanci navázat bližší kontakt s nemocným, což umožňuje snadnější získávání informací a uspokojování individuálních potřeb pacientů.

### ***2.2.2. Systém primárních sester***

V principu se jedná o poskytování individualizované ošetrovatelské péče. Po přijetí do nemocnice je nemocnému přidělena jedna sestra, která ho má na starosti po celou dobu hospitalizace. Nemocný tak získává „vlastní“ sestru, tzv. primární. (4)

Primární sestra má tak za úkol vypracování ošetrovatelského plánu, pravidelně ho obnovuje a doplňuje. Nese odpovědnost za jeho plnění, sbírá ošetrovatelskou anamnézu, zajišťuje příslušné ošetřování pacienta a informuje ostatní zdravotnické pracovníky o jeho problematice. Pravidelně zhodnocuje nemocného, plánuje další potřebnou péči, kterou v případě že je ve službě, vykoná. Pokud primární sestra však ve službě není, vykonává ošetrovatelský plán sestra sekundární. Primární sestra vystupuje jako „obhájce pacienta“, tzn. je osobou, která zastupuje pacienta tam, kde pacienta nezná, neumí, není schopen nebo je pro něj komplikované saturovat své potřeby, nebo problémy. Sestra se tak stává jeho obhájcem, ochráncem. (5)

Dalším aspektem systému primárních sester je úzká spolupráce s nemocným a jeho rodinou. Připravuje je na propuštění a příslušně edukuje jak nemocného, tak jeho rodinu.

Každá primární sestra má na starosti několik nemocných. Přesto se však sestra podílí na ošetřování i ostatních pacientů.

Cílem je zajištění převzetí větší samostatnosti a individuální zodpovědnosti sester. Mají tak poskytovat pacientům rozsáhlejší a komplexnější ošetrovatelskou péči. (5)

### ***2.2.3. Funkční systém ošetrovatelské péče***

Jedná se o nejstarší formu ošetrovatelské péče. Založen na tom, že sestry si před začátkem směny rozdělí různé skupiny výkonů (funkce), které následovně vykonávají po celou směnu. Každá sestra tak plní ty výkony, na kterých se sestry domluví (jedna podává léky, druhá dělá převazy, další rozdává podnosy s jídlem, apod.). (4)

Sestra v tomto systému odpovídá za zajištění všech ordinací a provozu oddělení. Jednou z nevýhod je však to, že se ztrácí individualita nemocných a zodpovědnost za pacienty. Práce je zaměřená primárně na výkon a obtížně se vyhledávají individuální potřeby nemocných.

S tímto systémem se dnes můžeme nejčastěji setkat na operačních sálech a v době nedostatku pracovníků i na standardních jednotkách. (4)

### 3. Chybějící péče

#### 3.1. Definice chybějící péče

S rozvojem medicíny se současně začalo rozvíjet i ošetřovatelství. V 80. letech 20. století se ošetřovatelství začalo uvádět jako samostatnou vědeckou disciplínu. Proběhlo několik studií, které zjistily, že ošetřovatelská péče výrazně ovlivňuje pacientův progres a spokojenost. (9)

Chybějící péče je nově vznikající koncept, který byl definován jako ošetřovatelská péče, která je nutná poskytnout pacientovi, ale nebyla sestrou zcela, nebo zčásti poskytnuta. (10)

Do chybějící péče lze zahrnout například běžné činnosti, jakožto např. polohování pacientů, péče o dutinu ústní, včasné podání léku či podání správné dávky léků apod.

#### 3.2. Prvky chybějící péče

Beatrice Kalish ve své kvalitativní studii z roku 2006 stanovila 9 prvků péče, na které se nejčastěji zapomínalo, či úplně vynechány. (11) Uvedla též 7 důvodů, proč tomu tak je.

Mezi devět prvků chybějící péče patří následující: chůze s pacienty, polohování pacienta, krmení pacienta, plánování propuštění, edukace pacientů, poskytování hygienické péče, psychická podpora pacientů, zajišťování příslušné dokumentace a dohled nad pacienty. (10)

##### 3.2.1. Chůze s pacienty

Jedním z důležitých aspektů denního života je tělesná aktivita. Má důležitý vliv na zdravotní stav, chrání před nemocemi a zvyšuje výkonnost orgánů. Pohyb má také pozitivní vliv na uvolňování duševního napětí. (8)

Pohyb a tělesná aktivita je ovlivněna řadou faktorů, jako fyziologicko-biologickými (věk, typ nemoci, funkční schopnosti pohybového aparátu), psychicko-duchovní, sociálně-kulturní (způsob života, povolání, finanční možnosti) a faktory životního prostředí. (8)

Potřeba pohybu byla jednou z položek výzkumu B. Kalish et al. (2009), kdy dle výsledků šetření bylo zjištěno, že až 73 % pacientů nebylo umožněno pohybu prostřednictvím zdravotnického personálu. (11)

### **3.2.2. Polohování pacientů**

Polohování pacientů je dalším velice důležitým aspektem ošetrovatelské péče. Zdraví nebo částečně nemocní lidé zaujímají tzv. aktivní polohu. Aktivní poloha je taková, kterou daná osoba zaujme sama a případně ji zvládne i samostatně změnit.

Nemocného, který není schopen zaujmout polohu sám, je nutno polohovat. Zabraňuje se tak vzniku dekubitů, kontraktur, deformit. Udržujeme tak rozsah pohybu v kloubech a snižujeme riziko degenerativních změn z imobility. Vznik jakékoliv z vypsanych komplikací může radikálně zhoršit stav pacienta. Správná poloha zlepšuje též dýchání a mírní bolest. (13)

### **3.2.3. Podávání stravy nesoběstačným pacientům s nutností krmení**

Správná výživa je jedním z hlavních faktorů, ovlivňujících vznik, prevenci a léčbu onemocnění. Dodává organismu energii a látky důležité pro jeho stavbu a funkce. Starost o výživu pacienta je základní součástí péče o nemocného. Nemocní, kteří nejsou schopni přijímat stravu sami, jsou zcela závislí na ošetrovatelském personálu. (13)

Příjem potravy řadíme do jedné z nejzákladnějších potřeb dle Maslowovy pyramidy potřeb. Je u člověka spojován s psycho-sociálními potřebami a kladným emocionálním laděním člověka. (8)

Při stavu zhoršené výživy vzniká malnutrice. Malnutrice je komplikace, která zvyšuje náklady na léčení a prodlužuje dobu hospitalizace, horší hojení ran. (13)

### **3.2.4. Plánování propuštění**

Plánované propuštění je proces, při kterém je cílem předvídat změny v potřebách pacienta a zajistit kontinuitu péče. Plánované propuštění pacienta je plánováno již od počátku hospitalizace. Efektivní a včasné plánování propuštění snižuje hospitalizační dobu a také snižuje čekací dobu na umístění v LDN a dalších institucích. Také snižuje potenciální finanční ztráty.

Cílem je příprava pacienta na propuštění, vyhodnocování jeho stavu a koordinování potřebných vyšetření.

### ***3.2.5. Edukace pacientů***

V edukačním procesu nemocní získávají nové informace ohledně svého onemocnění a případné dovednosti, potřebné k sebeděči (obsluha přístrojů, aplikace léčiv, apod.). Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

Edukace pacientů je jednou z rolí každé sestry – poskytuje tak nemocnému informace o nemoci a zdravotním stavu, poučuje o životosprávě a rizikových faktorech a poskytuje edukační materiál. Edukace může probíhat během hospitalizace, ambulantně, nebo během návštěv v rodinách.

### ***3.2.6. Poskytování hygienické péče***

Hygiena je vnímána jako udržování osobní čistoty. Péče o tělo a oblékání jsou činnosti, které vedou k uspokojování biologických potřeb. Nízká upravenost a čistota může být jednou ze známek psychické nestability a snížené sebeúcty. (8)

Hygienická péče má vliv na stav kůže, slouží k zabránění vzniku infekcí a následných komplikací, odstraňuje mikroorganismy, sekrety a exkrekty z těla. Důležitou roli hraje i ze sociálního aspektu. Vytváří příjemné prostředí a je předpokladem k vytvoření pozitivních vztahů. (8)

Mezi faktory ovlivňující hygienickou péči patří věk, pohlaví, stav kůže, emocionální ladení, výchova, získané návyky a vliv životního prostředí.

### ***3.2.7. Psychická podpora pacientů***

Člověk je holistická, bio-psycho-socialní bytost, a proto je třeba do ošetrovatelské složky zařadit také starost o psychiku pacienta. Psychická pohoda pacienta může výrazně ovlivnit uzdravování pacienta.

Holismus je slovo odvozené z řečtiny, znamená celek. Holistická teorie zastává, že všechny živé organismy jsou jednotné celky v interakci. Do této teorie se zařazuje i člověk a jeho zdraví. Sestry tak musí brát v potaz, že nemocný je celek v jeho bio-psycho-sociální jednotě. Porucha jedné části celku tak vede k poruše dalších částí, až celého systému. (8)

### **3.2.8. Dokumentace**

Přesné zaznamenávání do příslušné dokumentace patří do jednoho z prvků chybějící péče. Jedním z problémů, které zmiňuje B. Kalish ve své práci, je například odnášení táčů předtím, než personál zapsal, kolik pacient snědl, nebo pacienti chodící na toaletu, když nebyl přítomen personál. (14)

### **3.2.9. Dohled na pacienty**

B. Kalish ve svém šetření také zmiňuje, že sestry, kterým byli přiděleni pacienti, kteří jsou umístění na pokojích různě a daleko od sebe na oddělení, občas zapomenou na pokoj i jít. Jedna ze sester prý zmínila, že občas si musí připomínat chodit k pacientům, kteří nepotřebují tolik asistence při denních činnostech. (14)



## Empirická část

Sběr dat vycházel z výsledků výzkumu, který poprvé probíhal pod vedením Lindy H. Aiken. (1) Z tohoto výzkumu byl následovně převzat dotazník, který bylo nutno přeložit a upravit ve spolupráci s 3. LF UK. Dále byla vytvořena online aplikace, přes kterou sestry mohly vyplňovat dotazník. Celé šetření probíhalo v době od 6.2. 2019 do 22.2. 2019.

## 4. Metodika

### 4.1. Cíl

Hlavním cílem této práce je zjistit, se kterými z prvků chybějící péče je možné se setkat na odděleních chirurgického typu ve sledované nemocnici.

### 4.2. Metoda

Celé šetření probíhalo formou dotazníku, který byl založen na dotazníku, který byl použit pro studii Aiken H.L. et al. BMJ 2012. (12)

### 4.3. Úprava dotazníku

Prvním bodem bylo zpracování dotazníku. Bylo nutno upravit a v některých bodech přeformulovat některé jeho části, aby byly aplikovatelné pro Českou republiku a smysluplné pro sestry, které ho budou vyplňovat pomocí tabletů.

Dotazník jako takový se skládá z šesti okruhů otázek zaměřených na práci sester (respekt lékařů vůči sestrám, možnost dalšího vzdělávání), na nemocnici jakožto zaměstnavatele a její prostředí (spokojenost se současnou prací), otázky vztahující se k syndromu vyhoření, na kvalitu ošetrovatelské péče a bezpečí pacientů (myslí se tím zhodnocení kvality ošetrovatelské péče, prevence dekubitů a pádů), zjišťování osobního názoru na bezpečí pacientů na pracovišti. Na závěr se zhodnocuje pracovní směnu (na konci dané směny). Pro bakalářskou práci byly z dotazníku vybrány ty otázky, které se vztahovaly ke konceptu chybějící péče. Jednalo se o následující sekce dotazníku: sekce B – otázka 7 a její podotázky 1 až 4 – část dotazníku, kde se zjišťuje množství

vzniklých nežádoucích událostí na pracovišti (např.: pád pacienta, přenos nozokomiálních infekcí, špatně podaná léčiva), sekce C – otázky 11 a 12 – tyto otázky mají za úkol zjistit, které aktivity sestry během směny vykonávaly a na které činnosti sestra z nedostatku času nebyla schopna vykonat. Poslední je sekce D, konkrétně otázky 2 a 6, které nás přibližují respondenty (věk a vzdělání).

#### **4.4. Sběr dat**

Před započítáním celého sběru bylo nejprve nutno vygenerovat unikátní kódy, pod kterými sestry dotazník vyplňovaly. Tyto kódy sloužily k anonymizaci sester.

První šetření proběhlo 6.2. 2019. Celkově se podařilo získat 5 vyplněných dotazníků. Jelikož se jednalo o prvotní sběr, vyskytlo se pár nejasností, které bylo potřeba doladit. Jednalo se o otázky týkající se doby praxe v oboru, okruh otázek C – 12. otázka („*Které činnosti jste během poslední směny neprovedla?*“). U několika respondentů bylo nutno vysvětlit pojetí biomedicínského modelu. Hned první den se vyskytlo několik technických problémů. Tablety byly ještě týž den opraveny.

Po pěti dnech sbírání, se muselo zařídit vyplňování dotazníků zcela na novo. Opět jsme narazili na technickou chybu, která způsobila, že všechny dotazníky od sester nebyly kompletní, čímž se staly nepoužitelnými. Respondenty bylo též třeba upozornit, že u otevřených kolonek nesmí psát čísla s desetinou čárkou. Bylo nutno psát pouze celá čísla.

Další pojem, který bylo nutno vysvětlit, byla *flexibilita směn* – sekce A, otázka 4., podotázka první. Bylo vysvětleno jako možnost požadavků a výměn služeb. V této sekci byla též problematická otázka č. 2, kdy nekorelovala odpověď s otázkou – jedná se o spokojenost se svou současnou prací v nemocnici – otázky byly stylem souhlasím, nesouhlasím, naprosto souhlasím, přičemž bylo nutno vysvětlit, že odpovědi byly myšleny jako velmi nespokojena, nespokojena, spokojena, velmi spokojena.

Některé sestry se obávaly dotazníky vyplňovat. Obsahovaly poměrně citlivé otázky, které se vztahovaly k platu, spokojenosti, výkonů, které dělá či nedělá na pracovišti, hodnotily vztahy na pracovišti, informace o směně, na které byly. Vznikaly obavy z případného útoku ze strany ve-

dení a kolegů. V průběhu bylo tedy potřeba pravidelně respondenty ujišťovat, že vyplnění dotazníku je zcela anonymní. Díky kódům nelze dohledat jméno, čas, ani oddělení, na kterém byl dotazník vyplňován.

Celkem se podařilo vybrat 100 dotazníků, z čehož 50 bylo od respondentů, pracujících na oddělení chirurgického typu a 50 na odděleních interního typu. Pro tuto práci byly použity výsledky sester pracujících na odděleních chirurgického typu. Věk sester se pohyboval od 20 do 50 let a jednalo se převážně o ženy. Většina z nich nebyla vysokoškolsky vzdělaných (64 %).

## 5. Analýza dat

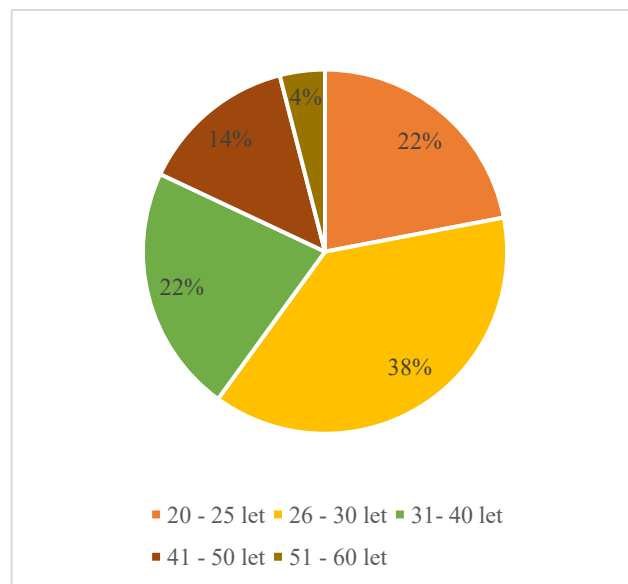
Odpovědi získané vyplněním dotazníků byly zpracovány prostřednictvím MS Excel. Výsledky byly zpracovány do tabulek, přičemž každé tabulce náleží jeden souhrnný graf.

### 5.1 Výsledky šetření

#### 5.1.1 Údaje o respondentech

Věk	Počet respondentů	
20 - 25 let	11	22 %
26 - 30 let	19	38 %
31- 40 let	11	22 %
41 - 50 let	7	14 %
51 - 60 let	2	4 %

Tabulka 1 Věkové rozmezí respondentů

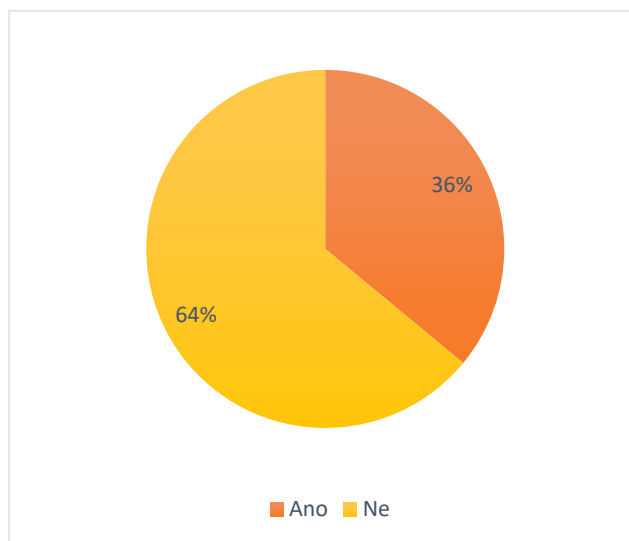


Graf 1 Věkové rozmezí pacientů

Do výzkumu se zapojilo 50 sester. Průměrný věk sester je 32 let, z čehož nejmladší pracující sestře je 20 let a nejstarší sestře je 58 let. Nejvíce sester se pohybuje v rozhraní mezi 25 až 30 lety, jedná se o 19 sester, což je 38 % všech respondentů. Nejmenší skupinu tvoří sestry nad 50 let.

<b>Ano</b>	18	36 %
<b>Ne</b>	32	64 %

*Tabulka 2 Získané bakalářské vzdělání sester*



*Graf 2 Získané bakalářské vzdělání sester*

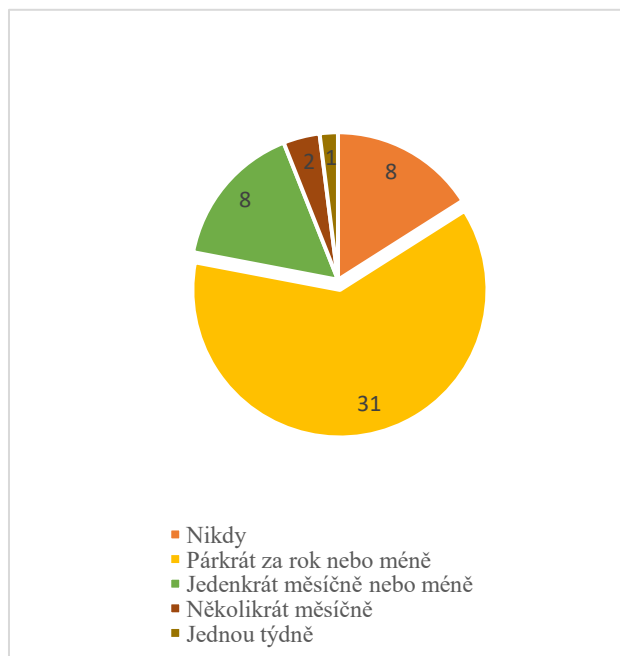
Dalším zkoumaným bodem šetření bylo kolik z respondentů má bakalářské vzdělání v ošetrovatelství. Z grafu je patrné, že většina sester – 64 %, nemá bakalářské vzdělání.

### 5.1.2 Prvky chybějící péče

#### Včasné podání léků a dávkování

Nikdy	8	16 %
Párkrát za rok nebo méně	31	62 %
Jedenkrát měsíčně nebo méně	8	16 %
Několikrát měsíčně	2	4 %
Jednou týdně	1	2 %

Tabulka 3 Včasné podávání léků a dávkování



Graf 3 Včasné podání léků a dávkování

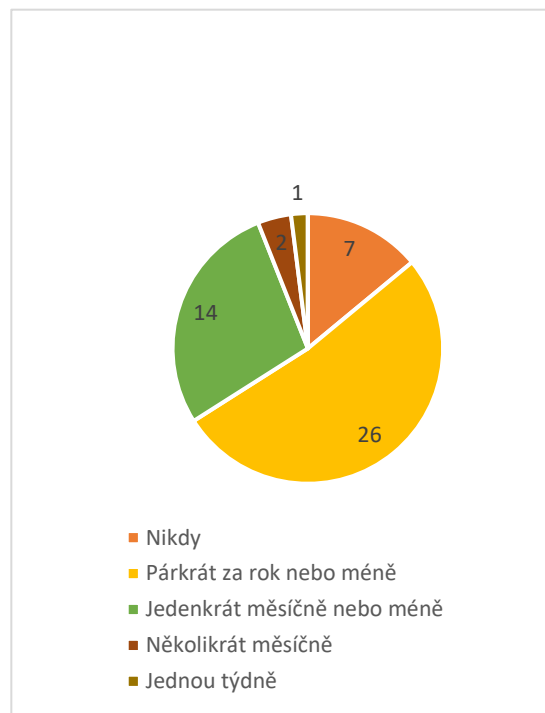
*Jak často se podle vašeho názoru vyskytla každá z následujících událostí a týkala se vás nebo vašeho pacienta? 1. Pacientovi byl podán špatný lék, ve špatný čas nebo ve špatné dávce.*

V této otázce 31 respondentů zodpovědělo, že chyba při podávání léků vzniká na jejich odděleních párkrát za rok nebo méně. Jedná se o 62 % všech respondentů. Další dvě skupiny tvoří sestry po osmi, které zodpověděly, že léky byly podány chybně jedenkrát měsíčně nebo méně a nikdy. Každá skupina tvoří 16 % celku. Jedna sestra vybrala odpověď, kdy k chybnému podání léku dochází jednou týdně. Odpověď, kdy k chybnému podání léku dochází každý den, nebyla zvolena.

## Dekubity vzniklé v době hospitalizace pacienta

Nikdy	7	14 %
Párkrát za rok nebo méně	26	52 %
Jedenkrát měsíčně nebo méně	14	28 %
Několikrát měsíčně	2	4 %
Jednou týdně	1	2 %
Několikrát týdně	0	
Každý den	0	

Tabulka 4 Vznik dekubitů v průběhu hospitalizace pacienta



Graf 4 Vznik dekubitů v průběhu hospitalizace pacienta

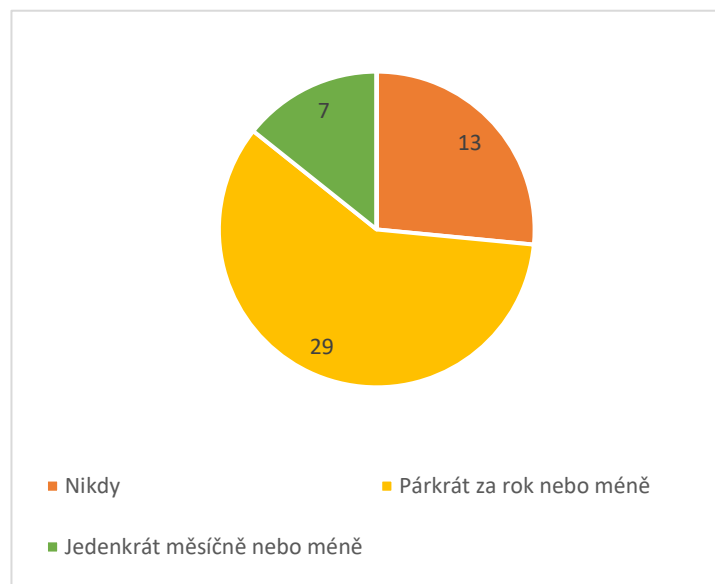
*Jak často se podle vašeho názoru vyskytla každá z následujících událostí a týkala se vás nebo vašeho pacienta? 2. Dekubity vzniklé v době hospitalizace pacienta.*

Z grafu je patrné, že nejpočetnější skupinu tvoří respondenti spadající do odpovědi, že na jejich oddělení dochází ke vzniku dekubitů párkrát za rok nebo méně. Celkem takto odpovědělo 26 respondentů, což tvoří 52 % všech respondentů. Mezi další početnější odpovědi řadíme ty, kdy respondenti odpověděli že dekubity vznikaly jedenkrát měsíčně nebo méně (14 respondentů, kteří tvoří 28 %) a odpověď, kdy respondenti byli přesvědčeni, že k takovéto události na jejich oddělení nedošlo nikdy (také 7 respondentů, což činí dalších 14 % celku).

## Pád pacienta se zraněním

<b>Nikdy</b>	13	26 %
<b>Párkrát za rok nebo méně</b>	29	59 %
<b>Jedenkrát měsíčně nebo méně</b>	7	14 %
<b>Několikrát měsíčně</b>	0	
<b>Jednou týdně</b>	0	
<b>Několikrát týdně</b>	0	
<b>Každý den</b>	0	

Tabulka 5 Četnost pádů pacienta na oddělení se zraněním



Graf 5 Četnost pádů pacienta na oddělení se zraněním

*Jak často se podle vašeho názoru vyskytla každá z následujících událostí a týkala se vás nebo vašeho pacienta? 3. Pád pacienta se zraněním.*

Dvacet devět respondentů u této otázky odpovědělo, že k pádům pacienta se zraněním na jejich oddělení dochází párkrát za rok nebo méně. Celkově tato skupina činí 59 % respondentů. Zbytek respondentů dále vybíral následující dvě odpovědi – 7 respondentů vybralo odpověď jedenkrát měsíčně nebo méně a 13 respondentů odpovědělo, že se s takovou situací na oddělení ne-setkali.

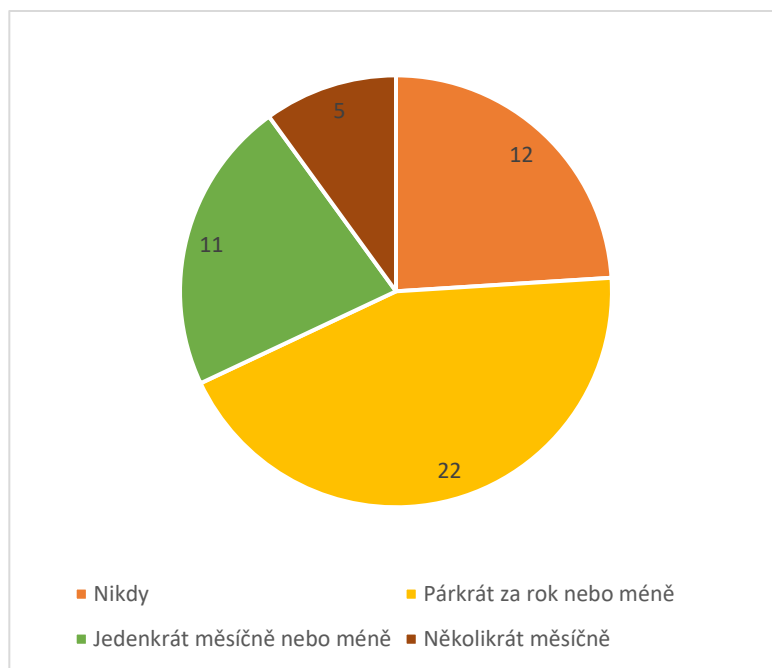


## Nozokomiální infekce

### a. Infekce močových cest

Nikdy	12	50%
Párkrát za rok nebo méně	22	44%
Jedenkrát měsíčně nebo méně	11	22%
Několikrát měsíčně	5	10%
Jednou týdně	0	
Několikrát týdně	0	
Každý den	0	

Tabulka 6 Výskyt nozokomiálních infekcí - infekce močových cest



Graf 6 Výskyt nozokomiálních infekcí - infekce močových cest

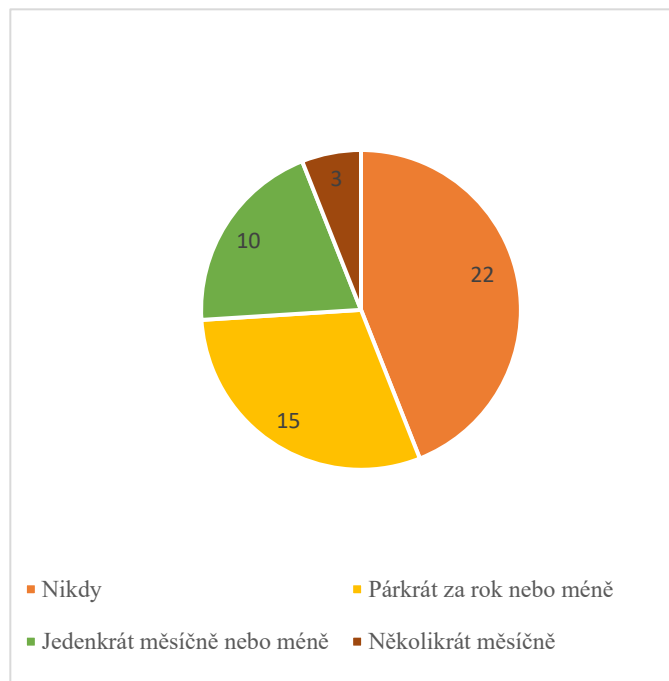
*Jak často se podle vašeho názoru vyskytla každá z následujících událostí a týkala se vás nebo vašeho pacienta? 4. Infekce močových cest.*

Nejvíce respondentů vybralo odpověď, kdy k výskytu nozokomiálních infekcí – konkrétně infekcí močových cest dochází párkrát za rok nebo méně. Tuto odpověď vybralo přesně 22 sester (44 %). Další vybrané odpovědi byly následující: 11 sester (22 %) vybralo možnost jedenkrát měsíčně nebo méně, 12 vybralo možnost nikdy (24 %) a 5 sester odpovědělo, že k přenosu nozokomiální infekci močových cest dochází několikrát měsíčně (10 %).

## b. Infekce krevního řečiště

<b>Nikdy</b>	22	44%
<b>Párkrát za rok nebo méně</b>	15	30%
<b>Jedenkrát měsíčně nebo méně</b>	10	20%
<b>Několikrát měsíčně</b>	3	6%
<b>Jednou týdně</b>	0	
<b>Několikrát týdně</b>	0	
<b>Každý den</b>	0	

Tabulka 7 Výskyt nozokomiálních infekcí - infekce krevního řečiště



Graf 7 Výskyt nozokomiálních infekcí na oddělení - infekce krevního řečiště

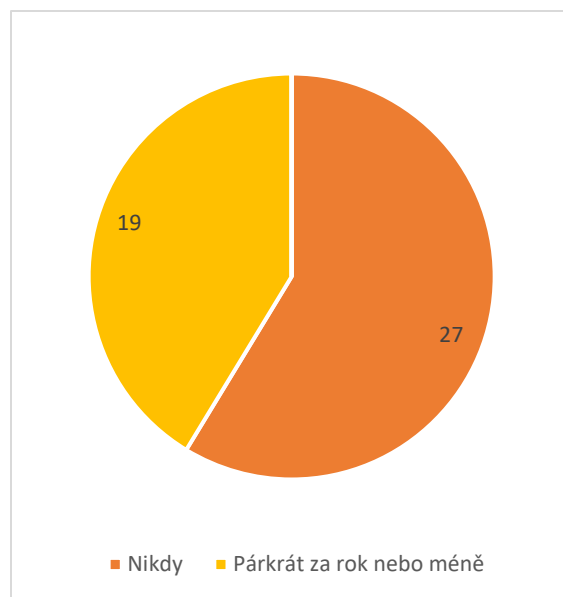
*Jak často se podle vašeho názoru vyskytla každá z následujících událostí a týkala se vás nebo vašeho pacienta? 4.1. Infekce krevního řečiště.*

N tuto otázku byly nejčastější odpovědi „Nikdy“ – 22 respondentů, „Párkrát za rok nebo méně“ – 15 respondentů a „Jedenkrát měsíčně nebo méně“ – 10 respondentů. Nejméně respondentů odpovědělo „Několikrát měsíčně“ – 3 respondenti.

## 1. Pneumonie

Nikdy	27	92%
Párkrát za rok nebo méně	19	8%
Jedenkrát měsíčně nebo méně	0	
Několikrát měsíčně	0	
Jednou týdně	0	
Několikrát týdně	0	
Každý den	0	

Tabulka 8 Výskyt nozokomiálních infekcí na oddělení - pneumonie

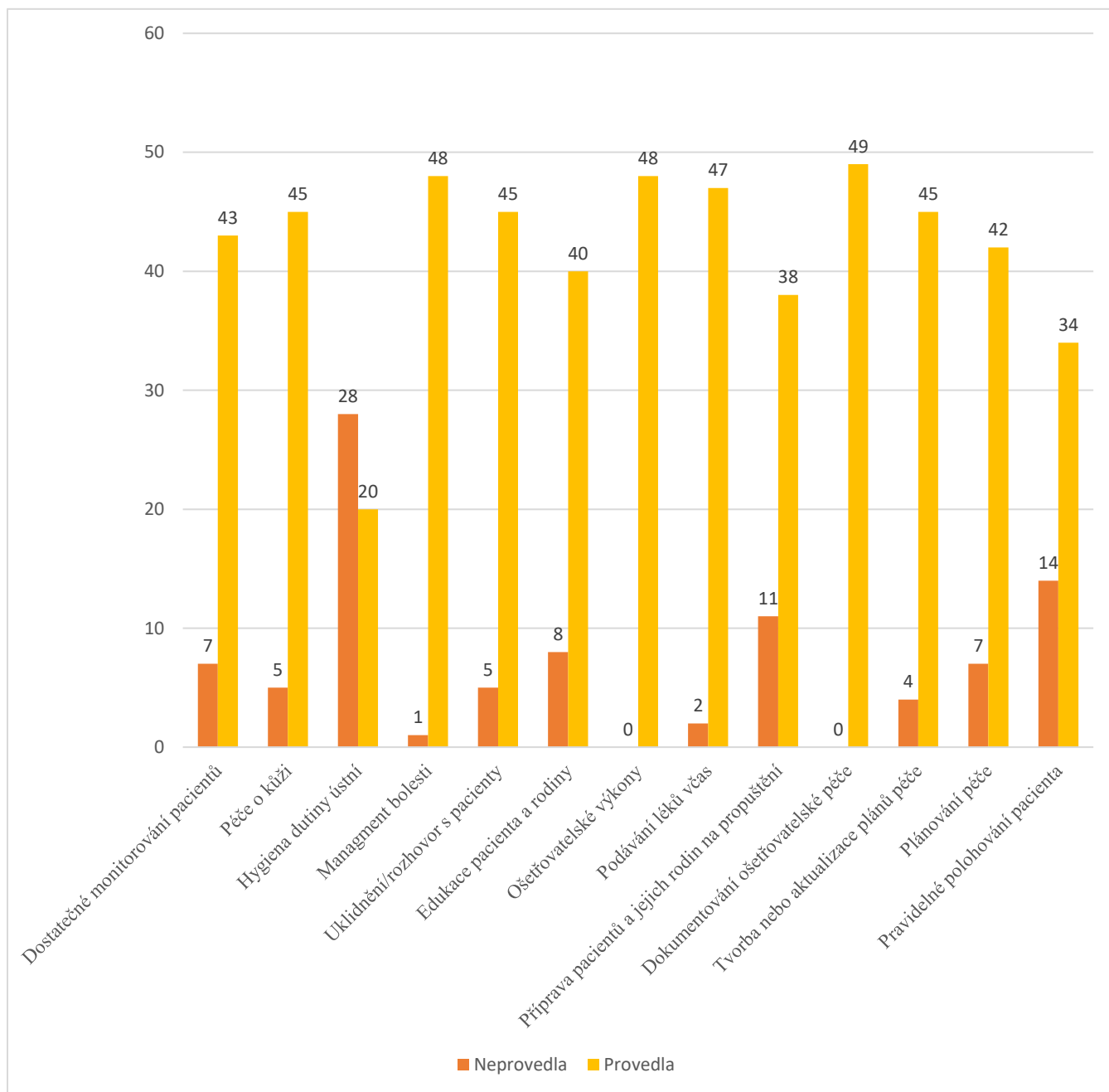


Graf 8 Výskyt nozokomiálních nemocí na oddělení – pneumonie

*Jak často se podle vašeho názoru vyskytla každá z následujících událostí a týkala se vás nebo vašeho pacienta? 4.3. Pneumonie.*

Nejvíce respondentů volilo na tuto otázku dvě odpovědi, kdy ke zmíněnému incidentu docházelo jednou měsíčně nebo méně a nikdy. Volbu nikdy zvolilo 27 respondentů a párkrát za rok nebo méně 19 respondentů.

## Vybrané aktivity, které sestra z nedostatku času neprovedla



Graf 9 Vybrané aktivity, které sestra z nedostatku času neprovedla

	Provedla	Neprovedla
<b>Dostatečné monitorování pacientů</b>	43	7
<b>Péče o kůži</b>	45	5
<b>Hygiena dutiny ústní</b>	20	28
<b>Managment bolesti</b>	48	1
<b>Uklidnění/rozhovor s pacienty</b>	45	5
<b>Edukace pacienta a rodiny</b>	40	8
<b>Ošetrovatelské výkony</b>	48	0
<b>Podávání léků včas</b>	47	2
<b>Příprava pacientů a jejich rodin na propuštění</b>	38	11
<b>Dokumentování ošetrovatelské péče</b>	0	49
<b>Tvorba nebo aktualizace plánů péče</b>	45	4
<b>Plánování péče</b>	42	7
<b>Pravidelné polohování pacienta</b>	34	14

*Tabulka 9 Vybrané aktivity, které sestra z nedostatku času neprovedla*

*Které z následujících aktivit, které bylo nutné provést během vaší poslední směny, jste z důvodu nedostatku času neprovedla?*

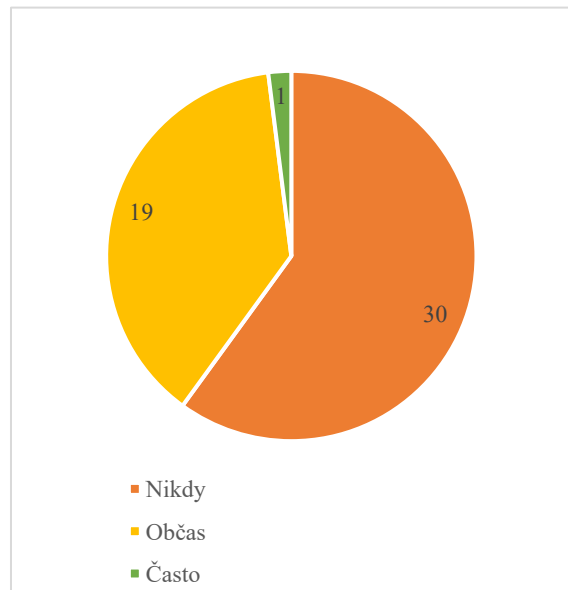
Na první pohled je zřejmé, že sestry většinu vybraných položek vykonávají. Najdeme mezi nimi však položky, které byly i ve vyšší míře oproti ostatním zanedbávány – jedná se primárně o hygienu dutiny ústní – 28 sester, dále pravidelné polohování pacienta – 14 sester a příprava pacientů a jejich rodin na propuštění.

### 5.1.3 Činnosti vykonávané v průběhu poslední směny

#### Rozdávání a sbírání podnosů s jídlem

Nikdy	30	60 %
Občas	19	38 %
Často	1	2 %

Tabulka 10 Činnosti vykonávané v průběhu směny - Rozdávání a sbírání podnosů s jídlem



Graf 10 Činnosti vykonávané v průběhu směny - Rozdávání a sbírání podnosů s jídlem

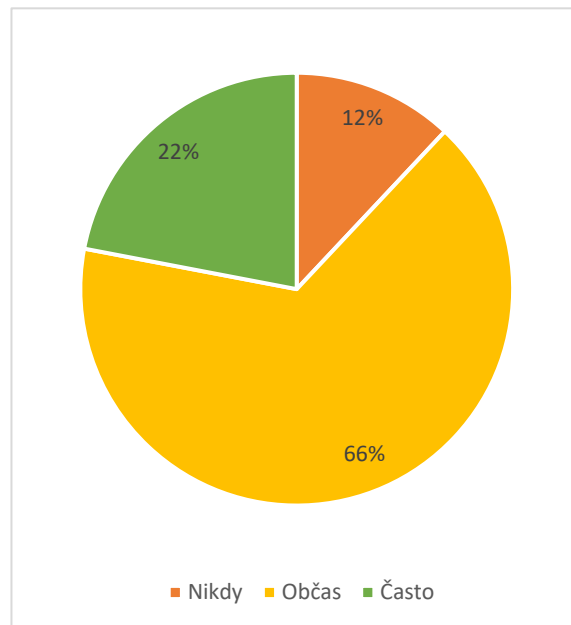
*Jak často jste vykonávala následující činnosti během vaší poslední směny? 1. Rozdávání a sbírání podnosů s jídlem.*

Z grafu je patrné, že danou aktivitu 30 respondentů, což činí 60 % sester, nevykonávalo nikdy během jejich poslední směny. Dále 19 respondentů rozdávalo a sbíralo podnosy jen občas (38 %) a jen jedna sestra činnost vykonávala často.

## Vykonávání jiných než ošetrovatelských činností

<b>Nikdy</b>	6	12 %
<b>Občas</b>	33	66 %
<b>Často</b>	11	22 %

Graf 11 Činnosti vykonávané v průběhu směny – Vykonávání jiných, než ošetrovatelských činností



Graf 11 Činnosti vykonávané během poslední směny - Vykonávání jiných než ošetrovatelských činností

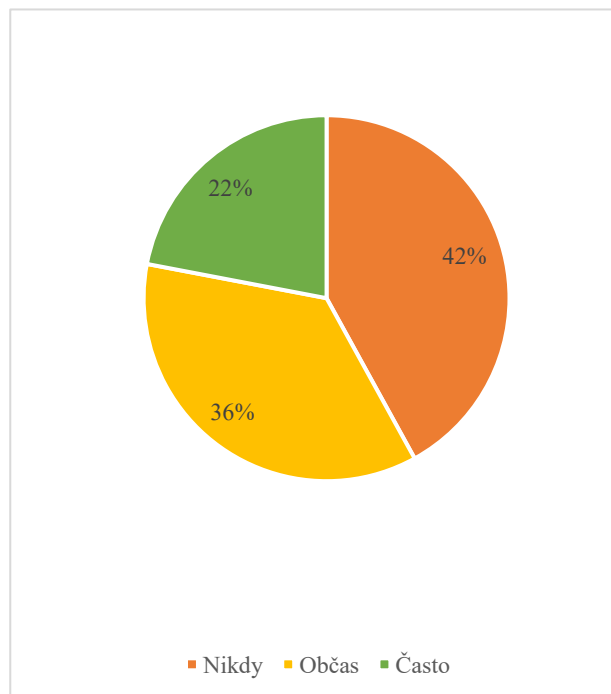
*Jak často jste vykonávala následující činnosti během vaší poslední směny? 11.2. Vykonávání jiných než ošetrovatelských činností.*

V této otázce respondenti nejčastěji vybírali odpověď *občas*. Jednalo se o 66 % respondentů (33 sester). Dále 22 % danou aktivitu vykonávalo často (11 sester) a jen 12 % nikdy (6 sester).

### Zařizování služeb k propuštění pacienta z nemocnice (včetně překlady do LDN)

Nikdy	21	42 %
Občas	18	36 %
Často	11	22 %

Tabulka 12 Zařizování služeb k propuštění pacienta z nemocnice



Graf 12 Činnosti prováděné během poslední směny - Zařizování služeb k propuštění pacienta z nemocnice

*Jak často jste vykonávala následující činnosti během vaší poslední směny? 11.3. Zařizování služeb k propuštění pacienta z nemocnice (včetně překlady do LDN).*

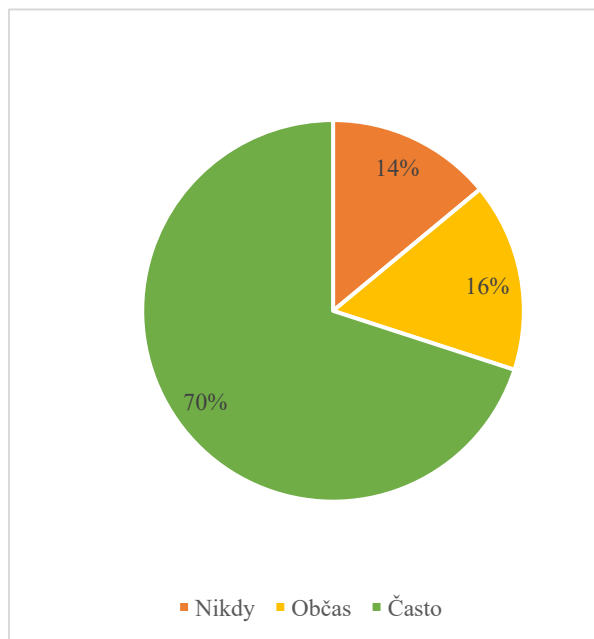
Z výše uvedeného grafu je patrné, že ve 42 % případů, sestry nemusely zařizovat služby k propuštění pacienta. Jedná se celkem o 21 zúčastněných sester. 36 % všech respondentů danou činnost muselo vykonávat občas (18 sester) a 22 % muselo tyto služby zařizovat často (11 sester).



## Rutinní odběr krve ze žíly

Nikdy	7	14 %
Občas	8	16 %
Často	35	70 %

Tabulka 13 Rutinní odběry krve ze žíly



Graf 13 Činnosti prováděné během poslední směny - Rutinní odběry krve ze žíly

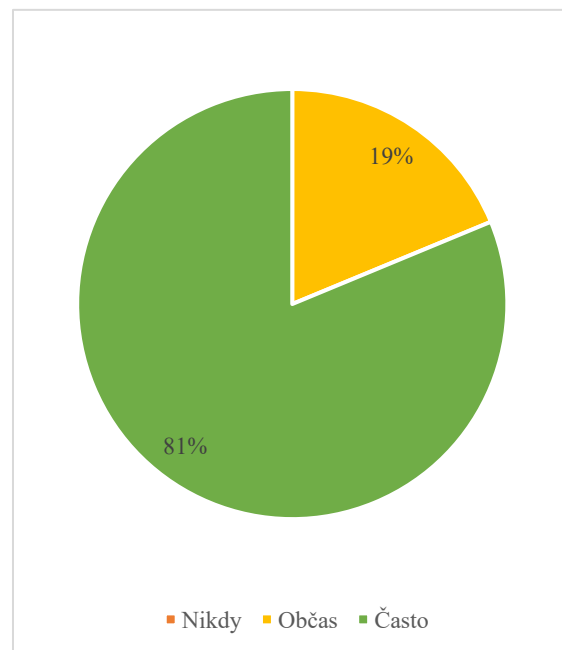
*Jak často jste vykonávala následující činnosti během vaší poslední směny? 11.4 Rutinní odběry krve ze žíly.*

Rutinní odběry během poslední směny 70 % respondentů provádělo často, což tvoří 35 sester. Dále rutinní odběry provádí 16 % respondentů občas (8 sester) a 14 % respondentů odběry neprovádí nikdy (7 sester).

## Odpovídání na telefonáty, administrativní úkony

Nikdy	0	
Občas	9	19 %
Často	39	81 %

Tabulka 14 Odpovídání na telefonáty, administrativní úkony



Graf 14 Činnosti prováděné během poslední směny - Telefonáty a administrativa

*Jak často jste vykonávala následující činnosti během vaší poslední směny? 11.9. Odpovídání na telefonáty, administrativní úkony.*

Z grafu je velice čitelné, že sestry jsou převážně nuceny odpovídat na telefonáty a obstarávat příslušnou administrativu často. Jedná se o 81 % všech respondentů (39 sester). Oproti tomu 19 % respondentů odpovědělo, že danou činnost provádějí jen občas (9 sester).

## 6. Diskuse

Otázky z dotazníku jsem rozdělila do několika skupin – prvky chybějící péče a činnosti, které sestra vykonávala/nevykonávala v průběhu směny. Prvky chybějící péče mohou mít za důsledky vznik nežádoucích událostí, jako je podání špatného léku ve špatný čas, nebo ve špatné dávce, vznik dekubitů v době hospitalizace pacienta, pád pacienta se zraněním a nozokomiální infekce. Dále jsou do této skupiny zařazeny aktivity, které sestra nemohla udělat, jelikož na ně neměla dostatek času. Do druhé skupiny jsem zařadila souhrn činností, které bývají běžnou rutinou na pracovišti, jako jsou odběry, rozdávání a sbírání podnosů s jídlem, administrativní úkony a zařizování služeb, spojených s propouštěním pacientů.

Výzkum demonstruje, že nejčastější událostí, vznikající na pracovištích chirurgického typu ve fakultní nemocnici je vznik dekubitů v průběhu hospitalizace pacienta. Celkově 86 % respondentů ve volbě otázky zvolili odpověď jinou, než nikdy.

Na druhé místo se řadí včasné podávání léků a dávkování. 31 respondentů zmínilo, že k této chybě dochází párkrát za rok nebo méně. Celkově se jedná o 84 % respondentů, jejichž odpověď byla jiná, nežli nikdy.

Třetí je ze zkoumaných položek vznik nozokomiálních infekcí a to konkrétně infektu močových cest. 76 % respondentů potvrdilo výskyt této infekce na pracovištích. Nejčastější odpovědí byla, ta, že infekce vzniká párkrát za rok nebo méně. Odpověď zvolilo konkrétně 22 respondentů. Nutno podotknout že 22 % sester se s danou komplikací shledává i jedenkrát měsíčně, nebo méně.

Jako 4. se řadí pád pacientů se zraněním. Na chirurgických odděleních pád se zraněním vzniká ze 73 % alespoň párkrát za rok nebo méně.

Pátý je vznik nozokomiálních infekcí – infekcí krevního řečiště. Tyto infekce vznikají v 56%, nejčastěji párkrát za rok nebo méně. Ze 20 % tyto infekce vznikají jedenkrát měsíčně a méně.

Na posledním – šestém místě se umístil vznik nozokomiálních infekcí – pneumonie. Nejčastěji respondenti odpovídali párkrát za rok (39 % respondentů), což je relativně málo.

<i>Nežádoucí události na pracovišti</i>	<i>Počet respondentů, kteří odpověděli jinak, než nikdy</i>
1. Dekubity	86%
10. Podávání léků	84%
11. Nozokomiální infekce - močových cest	76%
12. Pád pacienta se zraněním	73%
13. Nozokomiální infekce - infekce krevního řečiště	56%
14. Nozokomiální infekce - pneumonie	24%

*Tabulka 15 Vznik nežádoucích událostí na pracovištích chirurgického typu*

Z výsledků tohoto šetření, které proběhlo, je patrné, že nejčastějším opomíjeným prvkem je hygiena o dutinu ústní. Celkově 58 % respondentů odpovědělo, že tuto péči během své směny neposkytly z důvodu nedostatku času. Pamela S. Stein ve svém článku popisuje důležitost hygieny o dutinu ústní. Šetření z roku 2006 prokázalo, že pouze 16 % pacientů v zařízeních dlouhodobé péče, byla poskytnuta jakákoliv péče o dutinu ústní. Zanedbání hygieny této partie může vést ke vzniku onemocnění, spojených s dýchacími cestami. (16)

Korelaci mezi zanedbáváním péče o dutinu ústní a vzniku pneumonie popisovala T. Weitzel. V roce 2006 vedla výzkum, který se zabíral prevencí vzniku pneumonie, jakožto nozokomiální nemoci, která se vyskytla u pacientů v průběhu hospitalizace. (15) Šetření dokazuje, že nejčastějším nozokomiálním onemocněním, je ihned po infekci krevního řečiště právě pneumonie. Celkově 70 % respondentů zmiňuje incidenci výskytu pneumonie na oddělení párkrát za rok nebo méně.

Dle Locihové a Andersové, které vedly výzkum na území České a Slovenské republiky v období od 1.11.2013 až 1.2. 2014, je péče o dutinu ústní v České republice na 3. místě v činnostech, které sestry nebyly schopny vykonat.

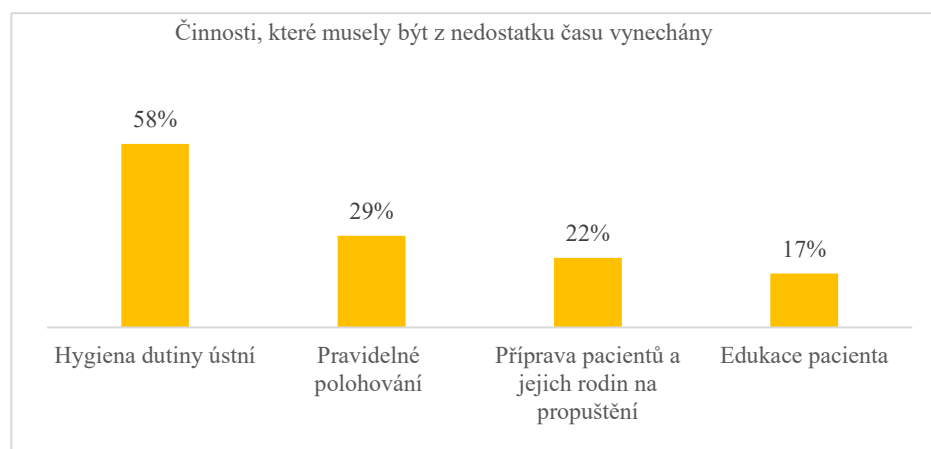
Druhým nejčastějším opomíjeným bodem je pravidelné polohování pacientů. Z šetření vyplývá, že se jedná celkově o 29 % respondentů. Ve výzkumu Andersové a Locihové je v pořadí šestým bodem, kdy v České republice je včasné polohování opomíjeno z 15 %.

Třetí opomíjenou složkou je příprava pacientů a jejich rodin na propuštění. Z respondentů 22 % z důvodu nedostatku času tuto činnost nestihlo. B. Kalish ve svém výzkumu uvádí, že příprava pacientů na propuštění byla vynechána z 58 %. (11) S tímto bodem souvisí i bod z druhé skupiny otázek dotazníku, konkrétně zařizování služeb k propuštění z nemocnice, včetně překladů, kdy většina sester – 42 % respondentů, se neúčastnilo na této činnosti.

Na čtvrtém místě v činnostech je edukace pacientů. Edukaci nebylo schopno z nedostatku času poskytnout 17 % respondentů. B. Kalish byla edukace pacientů však mnohem horší. Edukace dle jejího výzkumu byla vynechána z 80 %. V České republice dle Locihové a Andersové obstála tato činnost jako 3. Dle výzkumu Kláry Šerých, která prováděla šetření v ÚVN, edukace pacientů je zanedbána ze 3.23 %.

<i>Činnosti, které sestra z nedostatku času neprovedla</i>	<b>Počet respondentů, kteří danou činnost neprovedli</b>
<i>Hygiena dutiny ústní</i>	58%
<i>Pravidelné polohování</i>	29%
<i>Příprava pacientů a jejich rodin na propuštění</i>	22%
<i>Edukace pacienta</i>	17%

*Tabulka 16 Činnosti, které sestry nejčastěji nebyly schopny vykonat z důvodu nedostatku času*



*Graf 16 Činnosti, které sestry nejčastěji nebyly schopny vykonat z důvodu nedostatku času*

Nejčastější činností, kterou sestry musely v průběhu služby vykonávat, bylo odpovídat na telefonáty a vyřizování administrativy. Všichni respondenti odpověděli, že se nějak na této činnosti podílejí. Celkově 81 % respondentů se touto činností musí zabývat často (39 sester).

Na druhé místo se vyrýsovaly činnosti, které jsou jiné, než ošetrovatelské. Celkem 44 sester z 50 se musí kromě ošetrovatelských činností zabývat i jinými. 66 % je musí vykonávat občas a 22 % respondentů často. Není však zcela jasné, co si pod těmito činnostmi přesně představili.

Třetí nejčastější činností bylo provádění odběrů. 70 % sester tuto činnost provádí často. Jedná se tak o 35 sester, které provádějí rutinní odběry z žíly. Na třetím místě se umístila položka vykonávání jiných, než ošetrovatelských činností.

Čtvrtou činností dle výsledků dotazníku je zařizování služeb k propuštění pacienta z nemocnice, včetně překlady do LDN. Z větší části se sestry na této činnosti nepodílejí, nicméně 36 % respondentů tuto činnost vykonává občas a 22 % sester často.

Jako naprosto poslední, nejméně vykonávanou činností řadíme rozdávání podnosů s jídlem. Tuto aktivitu ze 60 % nevykonával nikdo. Pouze 19 sester se na této činnosti podílelo občas.

<i>Činnosti prováděné v průběhu směny</i>	<i>Počet respondentů vykonávající danou činnost</i>
1. Odpovídání na telefonáty, administrativa	100%
2. Jiné, než ošetrovatelské činnosti	88%
3. Rutinní odběry krve ze žíly	86%
4. Zařizování služeb k propuštění pacienta z nemocnice	58%
5. Rozdávání podnosů s jídlem	40%

*Tabulka 17 Činnosti prováděné v průběhu směny*

## 7. Závěr

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat složky chybějící péče, které se na odděleních chirurgického typu vyskytují nejčastěji a zároveň nejčastější možné nežádoucí události, se kterými se sestry na oddělení potýkají. Též jsem se snažila zjistit, které další činnosti sestry na odděleních vykonávají.

Jako nejčastěji opomíjená činnost vyšla hygiena o dutinu ústní. Následovalo pravidelné pohovávání, příprava pacientů a jejich rodin na propuštění a edukace pacienta. Mezi události, která se nejčastěji vyskytují na pracovišti, řadíme vznik dekubitů. Jako druhá nejčastější komplikace je chybné dávkování či čas podání léků.

Činnost, kterou sestry na odděleních musí vykonávat nejvíce, je odpovídání na telefonáty a zřizování administrativy, mimo vlastní ošetrovatelskou péči.

Celé šetření je součástí pilotního výzkumu, kdy bude nutné provést řadu dalších šetření, ověření a potvrzení výsledků.

## 8. Seznam použité literatury

- (1) SERMEUS, Walter; AIKEN, Linda H; VAN DEN HEEDE, Koen ; RAFFERTY, Anne Marie; GRIFFITHS, Peter; MORENO-CASBAS, Maria Teresa; BUSSE, Reinhard; LINDQVIST, Rikard; SCOTT, Anne P.; BRUYNEEL, Luk; BRZOSTEK, Tomasz; KINNUNEN, Juha; SCHUBERT, Maria; SCHOONHOVEN, Lisette a Dimitros ZIKOS. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing* [online]. 2011, (1), 6 [cit. 2020-06-28]. ISSN 1472-6955. DOI: 10.1186/1472-6955-10-6.
- (2) STANĚK, Ivan. Co znamená kvalita a bezpečnost zdravotní péče. *Medical Tribune*. 2011, 7(1), C5-C6. ISSN1214-8911.
- (3) MADAR, Jiří. Základní pojmy řízení kvality zdravotnických služeb. In: MADAR, Jiří a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 32- 33. ISBN 80-247-0585-0.
- (4) STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-718-4243-5.
- (5) STAŇKOVÁ, Marta. Ošetrovatelské standardy. In: STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, s. 10. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-270-1.
- (6) STAŇKOVÁ, Marta. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester; Charty práv pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 47 s. České ošetrovatelství. ISBN 80-7013-270-1.



- (7) MADAR, Jiří. Úvod do jakosti. In: MADAR, Jiří a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada, 2004. s. 27-42. ISBN 80-247-0585-0.
- (8) TRACHTOVÁ, Eva; FOJTOVÁ, Gabriela a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 807013-285-X.
- (9) LOCIHOVÁ, Hana a Žaneta ANDERSOVÁ. Koncept chybějící péče. *Florence*. 2016, **12**(3), 28-31. ISSN 1801-464X.
- (10) KALISCH, Beatrice J.; LANDSTROM, Gay L. a Ada Sue HINSHAW. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2009, **65**(7), 1509-1517 [cit. 2020-01-18]. ISSN 03092402. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.
- (11) KALISCH, Beatrice J., LANDSTROM, Gay a Reg Arthur WILLIAMS. Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook* [online]. 2009, **57**(1), 3-9 [cit. 2020-01-19]. ISSN 00296554. DOI: 10.1016/j.outlook.2008.05.007.
- (12) AIKEN, Linda H.; SERMEUS, Walter.; VAN DEN HEEDE, Koen; SLOANE, Douglas M.; BUSSE, Reinhard; MCKEE, Martin; BRUYNEEL, Luk; RAFFERTY, Anne Marie; GRIFFITHS, Peter.; MORENO-CASBAS, Maria Teresa; TISHELMAN, Carol; SCOTT, Ann; BRZOSTEK, Tomasz; KINNUNEN, Juha; SCHWENDIMANN, Rene; HEINEN, Maud; ZIKOS, Dimitris; SJETNE, Ingeborg Strømseng; SMITH, Herbert L. a Ann KUTNEY-LEE. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* [online]. 2012, **344**(March), e1717-e1717 [cit. 2020-01-20]. ISSN 0959-8138. DOI: 10.1136/bmj.e1717.
- (13) VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.

(14) KALISCH, Beatrice J. Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*. 2006, **21**(4), 306-313. ISSN 1057-3631. DOI: 10.1097/00001786-200610000-00006.

(15) WEITZEL, Tina; ROBINSON, Sherry B. a Jennifer HOLMES. Preventing Nosocomial Pneumonia. *American Journal of Nursing*. 2006, **106**(9), 72A-72B, 72E-72G. ISSN 0002-936X.

(16) STEIN, Pamela S. a Robert G. HENRY. Poor oral hygiene in long-term care. *American Journal of Nursing*. 2009, **109**(6), 44–51. ISSN 0002-936X.

(17) PEARSON, Alan; VAUGHAN Barbara a Mary FITZGERALD. Nursing Models for Practice. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2004. ISBN 978-0-75065-442-5.

## **Přílohy**

### ***1. Seznam tabulek a grafů***

#### ***Tabulky***

Tabulka 1: Věkové rozmezí respondentů

Tabulka 2: Získané bakalářské vzdělání sester

Tabulka 3: Včasné podávání léků

Tabulka 4: Vznik dekubitů v průběhu hospitalizace

Tabulka 5: Pád pacienta

Tabulka 6: Nozokomiální infekce – infekce močových cest

Tabulka 7: Nozokomiální infekce – infekce krevního řečiště

Tabulka 8: Výskyt nozokomiálních nemocí na oddělení - pneumonie

Tabulka 9: Vybrané aktivity, které sestra z nedostatku času neprovedla

Tabulka 10: Rozdávání podnosů s jídlem

Tabulka 11: Vykonávání jiných, než ošetrovatelských činností

Tabulka 12: Zařizování služeb k propuštění pacienta z nemocnice (včetně překlady do LDN)

Tabulka 13: Rutinní odběry krve ze žíly

Tabulka 14: Odpovídání na telefonáty, administrativní úkony

Tabulka 15: Vznik nežádoucích událostí na pracovištích chirurgického typu

Tabulka 16: Činnosti, které sestry nejčastěji nebyly schopny vykonat z důvodu nedostatku času

Tabulka 17: Činnosti prováděné v průběhu směny

## **Grafy**

Graf 1: Věkové rozmezí respondentů

Graf 2: Získané bakalářské vzdělání sester

Graf 3: Včasné podávání léků

Graf 4: Vznik dekubitů v průběhu hospitalizace

Graf 5: Pád pacienta

Graf 6: Nozokomiální infekce – infekce močových cest

Graf 7: Nozokomiální infekce – infekce krevního řečiště

Graf 8: Výskyt nozokomiálních nemocí na oddělení - pneumonie

Graf 9: Vybrané aktivity, které sestra z nedostatku času neprovedla

Graf 10: Rozdávání podnosů s jídlem

Graf 11: Vykonávání jiných, než ošetrovatelských činností

Graf 12: Zařizování služeb k propuštění pacienta z nemocnice (včetně překlady do LDN)

Graf 13: Rutinní odběry krve ze žíly

Graf 14: Odpovídání na telefonáty, administrativní úkony

Graf 15: Vznik nežádoucích událostí na pracovištích chirurgického typu

Graf 16: Činnosti, které sestry nejčastěji nebyly schopny vykonat z důvodu nedostatku času